

**číslo žiadosti:**

## Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti\*

Vypĺňa žiadateľ

<b>Meno a priezvisko</b>	
<b>Rodné číslo</b>	
<b>Adresa pre doručenie stanoviska</b>	
	<b>PSČ</b>
<b>Telefón</b>	<b>E-mail</b>

Vypĺňa sa v prípade, ak žiadateľom je zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca, napr. opatrovník

<b>Meno a priezvisko zákonného zástupcu</b>
---

### Poučenie

Žiadosť podáva poistenec prípadne zákonný zástupca poistenca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca (ktorá je povinná k žiadosti priložiť doklad preukazujúci toto oprávnenie, napr. rozhodnutie súdu).

<b>Príspevok chcem zaslať</b> <i>vyberte si jednu možnosť</i>	
<input type="checkbox"/> <b>na účet</b>	<b>IBAN</b> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>poštovou poukážkou</b>	(na adresu) .....
	.....

### Vyhlasenie

Vyhlasujem, že som bol/a oboznámený/á s podmienkami Union zdravotnej poisťovne, a.s. na poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom, ktoré sú uvedené na <https://www.union.sk/osetrenie-u-nezmluvneho-lekara>.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poistenca / zákonného zástupcu

## Prehľad predpokladaného rozsahu zdravotnej starostlivosti k príspevku

vyplní nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)

Názov zdravotníckeho zariadenia *MSmedical s.r.o. Rehabilitačná ambulancia*

Adresa *Piešťanská 5 Nové Mesto nad Váhom*

PSC *91501* IČO *50933612*

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára *Martina Sameková*

Kód ambulancie *P41050027202* Kód lekára *A85500027*

Telefón *0326526456* E-mail *info@rehabilitacia-tn.sk*

Diagnóza slovom *MKCH 10*

## Predpokladaný rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti

Kód V,L,ZP,DP,JZS*	Názov V, L, ZP, DP, JZS, výkonu / účelu H	Počet výkonov, ks, balení **	Doba poskytovania zdravotnej starostlivosti od – do	Predpok. náklady, ktoré má uhradiť poistenec *** v eur	Výška príspevku UZP **** v eur

\* kód výkonu (V) u stomatologických výkonov aj s uvedením lokalizácie zuba, lieku (L), zdravotníckej pomôcky (ZP), dietetickej potraviny (DP), jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS), hospitalizácia (H) **hradené z verejného zdravotného poistenia**

\*\* v prípade, že sa jedná o postupné / následné poskytovanie zdravotnej starostlivosti uviesť a zdôvodniť počet návštev, hospitalizácií prípadne obdobie, ktoré je nevyhnutné na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v osobitnej prílohe žiadosti

\*\*\* celková suma aj v prípade potreby postupného/následného poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorú má uhradiť poistenec nezmluvnému PZS

\*\*\*\* doplní zdravotná poisťovňa

Ak došlo k akejkoľvek opodstatnenej zmene už odsúhlaseného rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, je treba považovať túto skutočnosť za dôvod na podanie novej žiadosti a to v zmysle kritérií, teda ešte pred jej poskytnutím.

**V prípade, že potrebujete pomôcť s vyplnením žiadosti, zavolajte nám na 0850 003 333.**

**Vzor vyplnenej žiadosti nájdete na <http://www.union.sk/osetrenie-u-nezmluvneho-lekara>**

V ..... dňa .....

podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára

**DÔLEŽITÉ! žiadosť bez podpisu a pečiatky nemôžeme posúdiť**